ITEM 309 : TUMEUR DU SEIN

Cancer du sein = le plus fréquent des cancers de la femme : 60 000 cas/an, 12 000 décès/an, 1 française/9, incidence stable
- Majorité des cas entre 50 et 70 ans, 25% diagnostiqués < 50 ans et 30% > 70 ans, très rarement métastatique au diagnostic
- 87% de survie à 5 ans, 76% de survie à 10 ans. **1ère cause de décès chez la femme** (devant le cancer du poumon)
- Histoire naturelle : canaux galactophoriques (cancer canalaire) ou lobules galactophoriques terminaux (cancer lobulaire) ➙ dissémination précoce vers les ganglions axillaires (de bas en haut) puis sus-claviculaire ➙ métastase : **os, poumon, foie…**

N.B : Le drainage lymphatique se fait par les **nœuds axillaires** ++, les **nœuds sus et sous-claviculaires**, les nœuds de la chaîne **mammaire interne.**

FdR

Hormonaux

= **Cancer hormonodépendant** : favorisé par une **hyperoestrogénie** relative ou absolue

- Puberté précoce **< 12 ans**
- 1ère grossesse tardive **> 30 ans**
- Absence d'allaitement
- Nulliparité
- Ménopause tardive **> 55 ans**
- THS ou contraception oestro-progestative
- Mastopathie à risque
- Obésité

Familiaux

- Antécédents familiaux de cancer du sein
- **Facteurs génétiques** (4% de formes héréditaires) = **syndrome « sein-ovaire »** : mutation du gène **BRCA1/ BRCA2 / PALB2,** autosomique dominante
➙ Autres : **cancer de la prostate** et **cancer exocrine du pancréas** (BRCA2), **cancer des trompes**

Indication de consultation oncogénétique

- ≥ 3 cas de cancer du sein (ou ovaire) apparentées au 1er degré (ou 2nd degré par un homme)
- ≥ 2 cas de cancer si : 2 cancers du sein dont 1 < 40 ans ou 2 cancers du sein < 50 ans
- ≥ 1 cas de cancer si : cancer de l'ovaire < 70 ans ou cancer du sein < 35 ans, chez l'homme, bilatéral, de type médullaire ou associé à un cancer du pancréas

Histo

- **Hyperplasie canalaire atypique** : prolifération anormale non cancéreuse
- **Néoplasie intra-lobulaire de type 1 ou 2** : marqueur de haut risque de survenue d'un cancer infiltrant (mais ne dégénère pas elle-même en cancer) ➙ 75% de carcinome canalaire/25% lobulaire

Environnement

- Alcool, tabac, haut niveau socio-économique, antécédent d'irradiation, sédentarité (en post-ménopause)

Histologie

- **Cancer canalaire *in situ* (CIS)** ou **carcinome intracanalaire** : prolifération épithéliale maligne à l'intérieur des canaux galactophoriques sans franchissement de la membrane basale ➙ microcalcifications, atteinte multifocale possible
- **Adénocarcinome canalaire infiltrant** (ou **galactophorique**) = le plus fréquent (90%) : prolifération maligne d'origine épithéliale franchissant la membrane basale et envahissant le tissu conjonctif ➙ risque d'ADP et de métastase
- **Adénocarcinome lobulaire infiltrant** (plus rare) : souvent bilatéraux et/ou multicentriques ➙ **IRM mammaire**
- Autres (rares) : **carcinome mucineux, carcinome médullaire, papillaire, tubuleux, lymphome, sarcome**…

Diagnostic

SF

- **Dépistage** : autopalpation, examen clinique mammaire annuel, mammographie
- **Tuméfaction** découverte par la patiente ou à l'examen clinique
- Anomalie du mamelon : **rétraction, écoulement séro-sanglant unipore, lésion eczématiforme**
- **Sein inflammatoire** : placard érythémateux et oedémateux (pouvant mimer une infection)
- **Ecoulement** : - **Non suspect** : ancien, intermittent, provoqué, bilatéral, pluri-canalaire, blanc, marron ou verdâtre
  - **Suspect** : récent, spontané, unilatéral, uni-canalaire, clair, jaune, rouge ou noir

SC

- **Inspection** : ↗ volume mammaire, rétraction cutanée, ride, méplat, capiton, rétraction du mamelon, rougeur localisée ou diffuse, aspect de peau d'orange, ulcération, bombement (++ en supéro-interne), aspect de maladie de Paget eu niveau de la plaque aérolo-mammaire
- Palpation : **nodule dur, irrégulier, indolore, pression mamelonnaire à la recherche d'un écoulement** (suspect si unilatéral, récent, unicanalaire, couleur translucide, jaune ou sanglant), en insistant sur le quadrant supéro-externe (60% des cancers)
- Palpation des **aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires** (les ADP mammaires ne sont pas palpables)
- **Adhérence cutanée** spontanée ou provoquée : apparition d'une ride ou d'un capiton en pinçant la tumeur
- **Adhérence au muscle grand pectoral** par **manœuvre d'adduction contrariée de Tillaux** : ↘ de la mobilité de la tumeur à la contraction du grand pectoral en s'opposant au mouvement d'adduction du bras

PC — Mammographie bilatérale

= En 1ère intention (sauf chez la femme jeune < 30 ans), préférentiellement en 1ère partie de cycle :
- Mammographie de dépistage : **seules 2 incidences sont réalisées (crâniocaudale = face, et médiolatérale oblique = oblique externe)**
- Mammographie de diagnostic : au minimum **3 incidences** (face, profil, oblique externe) ± **cliché d'agrandissement** ou **compression**
- **Critères de qualité** (sur incidence oblique ++) : visualisation du sillon sous-mammaire et du muscle grand pectoral
- Opacité dense, hétérogène, irrégulière, **spiculée** (image stellaire), rétractile, classiquement plus petite que la tumeur palpée, **rupture architecturale**, entourée d'un halo clair oedémateux
- **Microcalcifications punctiformes**, groupées en foyer, irrégulières : carcinome in situ associé

Diagnostic		**Echographie**	= Surtout chez la femme jeune < 30 ans aux seins denses, à n'importe quel moment du cycle : - **Echographie mammaire** : **nodule** mal circonscrit, hypoéchogène, désorganisé, de grand axe perpendiculaire à la peau, avec cône d'ombre et atténuation postérieure - **Echographie axillaire** : indiquée : . en cas d'**ADP cliniquement suspecte** = épaississement cortical, arrondie, disparition du hile . Systématique dans le cadre du **bilan préopératoire**
		IRM mammaire	= Non systématique, réalisée de préférence en 1ère partie de cycle : indiquée si - Diagnostic : - Carcinome lobulaire invasif - Doute sur l'imagerie standard - Recherche de récidive locale après traitement conservateur - ADP métastatique d'un cancer du sein avec bilan sénologique normal - Suspicion de rupture prothétique en cas de reconstruction mammaire par prothèse - Surveillance : - Mutation BRCA ou haut risque génétique familial - Patiente sous chimiothérapie néo-adjuvante
	Histo		= Biopsie transcutanée de la lésion ± d'ADP si palpée ou retrouvée à l'échographie : - **Micro-biopsie au pistolet** sous guidage échographique : réservée aux tumeurs palpables/repérables à l'écho - **Macro-biopsie au mammotome** sous guidage stéréotaxique : pour les lésions non repérables (foyers de microcalcifications) ➝ La **cytoponction** n'a qu'une valeur prédictive positive : inutile
	Extension		- Examen clinique : douleur osseuse, palpation hépatique, examen neurologique - **Echographie axillaire** systématique ➝ **cytoponction** ou **micro-biopsie** de toute ADP suspecte pour confirmation - **Dosage du CA 15-3** : Non recommandé pour le diagnostic ou pour le bilan d'extension
		Bilan d'extension de 1ère intention	= Non systématique en l'absence de signe d'appel - Recommandé **si T3-T4 / N+ / signes d'appels/ RH - / HER2 +++ / Garde 3** - A discuter si : T2 / présence d'emboles vasculaires/ pN1 micrométastatique / Ki67 > 20% - Plusieurs options : - **Scanner thoraco-abdomino-pelvien + scintigraphie osseuse** - **PET-scanner au 18 FDG**
	TNM		**T1** = **≤ 2 cm** **T2** = **2 à 5 cm** **T3** = **> 5 cm** **T4a** : paroi thoracique (hors pectoral) **T4b** : œdème (dont peau d'orange) ou ulcération cutanée ou nodule de perméation sur la peau **T4c** : 4a + 4b **T4d** : cancer inflammatoire **N1mi** : micro-métastase > 0,2 mm et ≤ 2 mm **N1** : c = ADP axillaire mobile p = 1 à 3 ADP axillaire **N2** : c = ADP axillaire fixée p = 4 à 9 ADP axillaire **N3** : c = ADP mammaire interne p = ≥ 10 ADP axillaire ou ≥ 1 ADP sous-clavière **M1** = métastase (y compris ADP sus-claviculaire)
	Ganglion sentinelle		= Permet de ne retirer que quelques ganglions (2 en moyennes) pour éviter le curage axillaire **Ultra-stadification ganglionnaire** : analyse histologique fine (coupes séries + immunohistochimie) permettant de mettre en évidence des envahissements de petite taille - Résultat : - Aucun envahissement : pN0 (i-) - Cellules tumorales isolées ≤ 0,2 mm : **pN0 (i+)** - Micro-métastase 0,2 à 2 mm : p**N1mi** - Macro-métastase ≥ 2 mm : **pN1**
Formes cliniques	**Cancer canalaire in situ**		= Prolifération néoplasique intra-galactophorique (isolée ou associée à un carcinome infiltrant) - Mammographie : **microcalcifications** groupées en amas, poussiéreuses TTT : - **Zonectomie** après repérage radiologique pré-opératoire + **radiothérapie** - **Mastectomie** avec **reconstruction mammaire** (surtout si CIS étendu ou multifocal)
	Maladie de Paget du mamelon		= **Invasion néoplasique par les canaux galactophoriques du mamelon**, généralement sur carcinome *in situ* : **lésion eczémateuse du mamelon** (croûtelles, exulcération cutanée), prurigineux - Diagnostic par **biopsie du mamelon** ➝ Une maladie de Paget du mamelon ne modifie pas le TNM
	Cancer inflammatoire du sein		= Mastite carcinomateuse : sein érythémateux, oedémateux, avec aspect de peau d'orange - Classification : - **PEV 0** = ø signe inflammatoire - **PEV 1** = doublement du volume tumorale en < 6 mois - **PEV 2** = signes inflammatoires en regard de la tumeur < 1/3 de la peau du sein - **PEV 3** = signes inflammatoires étendus à tout le sein = **mastite carcinomateuse** - Croissance rapide avec risque élevé de MT occulte au diagnostic : de mauvais pronostic - Confirmation diagnostique par **biopsie chirurgicale mammaire** emportant un fragment cutané : mise en évidence d'emboles lymphatiques dans le derme - TTT : **chimiothérapie néo-adjuvante** + **mastectomie** et **curage axillaire** + **radiothérapie** ± **hormonothérapie** si RH+
	Cancer du sein chez l'homme		= Rare (< 1% des cancers du sein) : diagnostic évoqué devant une **tumeur irrégulière, indolore, rétro-mamelonnaire** apparue chez un homme ➝ Recherche systématique : **mutation** (**BRCA2**++) et **cancer de la prostate** associé (TR, PSA)

Pronostic

FdR de récidive

- **Limites d'exérèse chirurgicale non saines** ou **marges insuffisantes** (R1, R2)
→ Reprise chirurgicale indispensable (radiothérapie non suffisante)

FdR métastatique

- Statut ganglionnaire +++ : **envahissement axillaire** (y compris micro-métastase) ou **rupture capsulaire**
- Terrain : **âge < 35 ans**

Tumeur

- **Taille** de la tumeur infiltrante **> 2 cm ++++**
- **Tumeur inflammatoire**
- **Grade histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson (SBR)** ou **d'Ellis-Elston (EE)** : selon le degré de différenciation architecturale, les inégalités nucléaires et l'index mitotique → **grade I, II ou III**
- **Tumeur de grade II proliférante** : index mitotique élevé ou facteur de prolifération Ki67 **> 20%**
- **Emboles vasculaires péri-tumoraux**
- **Absence de récepteurs hormonaux** (tumeur indifférenciée de mauvais pronostic)
- **Surexpression tumorale d'HER2 (3+)** en **IHC** ± **amplification du gène HER2** en **FISH** si 2+
- Récepteurs hormonaux **négatifs**
- Marqueur de prolifération **: Ki67, phase S** (la place du Ki67 est controversée)

TTT

Chirurgie locale mammaire

Tumorectomie ou zonectomie

= TTT conservateur : exérèse d'une tumeur palpable = **tumorectomie** ou non = **zonectomie**
- Indication : tumeur unifocale **< 3 cm** non récidivante
→ Choix selon le rapport volume tumoral/volume mammaire (résultat esthétique)
- Examen extemporané : taille tumorale, limites d'exérèses saines, marges **> ou égale à 2 mm**
→ **L'examen extemporané** est contre-indiqué si tumeur < 1 cm ou lésion non palpable

Mastectomie

= TTT radical : exérèse de la totalité de la glande mammaire (conservant le muscle pectoral)
- Indication : tumeurs volumineuses **> 3 cm** ou multifocales ou récidive
- **Reconstruction mammaire** à distance (sauf en cas de mastectomie pour carcinome intracanalaire étendu : reconstruction immédiate possible)
→ Diminue le risque de récidive sans augmenter la survie par rapport au TTT conservateur

Chirurgie régionale ganglionnaire

= Systématique en cas de cancer infiltrant, réalisé dans le même temps opératoire :
- **Exérèse du ganglion sentinelle axillaire** : si tumeur uni-focale < 3 cm, cN0
- **Curage ganglionnaire axillaire** : si N+ ou tumeur > 3 cm, multifocale, T4 ou après chimiothérapie néo-adjuvante

Curage axillaire homolatéral

= Exérèse chirurgicale de tous les ganglions axillaire homolatéraux à la tumeur **≥ 10 ganglions**

Complications

Per-opératoire	Post- opératoire précoce	Post-opératoire tardif
Plaie de la **veine axillaire**, du **pédicule vasculo-nerveux du grand dorsal** ou du **nerf grand dentelé**	- **Hématome axillaire** - **Lymphocèle** - **Trouble sensitif** (creux axillaire, face interne du MS) et/ou moteur (décollement de l'omoplate) - **Algoneurodystrophie**	**- Lymphoedème du membre supérieur** - **Cicatrice axillaire** douloureuse et rétractile - **Enraidissement de l'épaule**

Exérèse du ganglion sentinelle

= Lymphadénectomie sélective du ou des 1er relais ganglionnaires axillaire (2 en moyenne)
- Technique : injection au niveau de la tumeur de Technétium 99 (**méthode radio-isotopique**) et d'un colorant bleu de patente (**méthode colorimétrique**) → détection lors de la chirurgie
- **Examen extemporané** → curage axillaire complémentaire si ganglion envahit

Radiothérapie externe post-opératoire

= Prévention des récidives locorégionales : systématique après traitement conservateur
- Après tumorectomie : irradiation du **sein restant** (50 Gy) + complément sur le **lit tumoral** (+ 15 Gy)
- Après mastectomie: irradiation de la **paroi thoracique** si T3-T4 ou T2 + atteinte ganglionnaire ≥ N1mi
- **Irradiation sus-claviculaire et mammaire interne** si tumeur N+ ou tumeur volumineuse multifocale
→ **Irradiation axillaire** contre-indiquée après curage : ↗ le risque de lymphoedème sans bénéfice
- Réalisé en 5 semaines : < 12 semaines après chirurgie ou < 5 semaines après chimiothérapie
→ Abaisse le taux de récidive locale à **10%** (contre 40% sans radiothérapie)

Compli-cation

- Mineure : **œdème mammaire** (quasi-constant), **sclérose, télangiectasie, douleur, fracture de côte asymptomatique**
- **Sclérose du pectoral** - **Fracture de clavicule** - **Pneumopathie radique**
- **Plexite post-radiothérapie** - **Cardiopathie ischémique** - **Cancer radio-induit**

Chimio-thérapie adjuvante

= Polychimiothérapie comportant **anthracycline** et/ou **taxane** : **6 cures** de **FEC 100** (**5-FU, épirubicine, cyclophosphamide**) ou **FAC** (**anthracycline** à la place de l'épirubicine) ou **taxane (Taxotère®)**
Indication :
- Envahissement ganglionnaire ≥ pN1mi : N+
- ≥ 1FdR métastatique :
. Tumeur ≥ pT2
. Présence d'emboles vasculaires
. Récepteurs hormonaux négatifs
. Surexpression d'HER2 (3+)
. Âge < 35 ans
. Envahissement lympho-nodal (à discuter au cas par cas)
Réalisé dans les 3 à 6 semaines après la chirurgie, avant la radiothérapie

TTT	**Chimio néo-adjuvante**		= **6 cycles de chimiothérapie**: ↘ de **50%** les mastectomies - Indications : - Tumeur inflammatoire (systématique) - Tumeur volumineuse (pour permettre un traitement conservateur) - Tumeur avancée inopérable = **T4**, **N2** (pour permettre une exérèse) - Après **bilan d'extension** et **IRM mammaire** systématique - **Suivi clinique** et par **IRM mammaire** : mastectomie si aucune réduction après 2-3 cures ➝ Aucune amélioration prouvée sur la survie globale
	Thérapie ciblée		**Trastuzumab** (Herceptin®) = Ac monoclonal anti-HER2 : injection toutes les 3 semaines **pendant 1 an** - Indication : cancer du sein (métastatique ou non) sur-exprimant HER2 (HER2+++) - **Toxicité cardiaque** : surveillance de la FEVG, association contre-indiquée avec des anthracyclines
	Hormono-thérapie		= Améliore la survie globale et diminue les récidives locales, controlatérales et métastatiques - Indication : récepteurs hormonaux (RH > **1-5%**) aux oestrogènes et/ou à la progestérone, pendant **5 ans** (voire 10 ans si atteinte lymphonodale)
		Tamoxifène	= Anti-œstrogène : chez la femme **non ménopausée** (± association à un **antagoniste LHRH** si mauvais pronostic chez les patientes de < 35 ans), ou ménopausée si intolérance/CI aux anti-aromatases - EI : - **Asthénie**, **bouffée de chaleur**, **prise de poids** - ↗ **Cancer de l'endomètre** : surveillance échographique, biopsie si métrorragies - ↗ **Risque thrombo-embolique** - **Kyste fonctionnel de l'ovaire**
		Anti-aromatase	= **Anastrozole, létrozole, exémestane** : chez la femme **ménopausée** - EI : - **Arthralgie, myalgie** : fréquente et invalidante - **Aggravation d'une ostéoporose** : **ostéodensitométrie** systématique - **Bouffées de chaleur, prise de poids, dyslipidémie** (↗ risque cardiovasculaire)
	Mesures associées		- **Prothèse mammaire externe en silicone** si mastectomie sans reconstruction, **prothèse capillaire** si alopécie - **Kinésithérapie de drainage lymphatique** du membre supérieur si curage axillaire - Arrêt et contre-indication absolue de tout oestroprogestatif ou progestatif (contraception hormonale, THS) - Contraception : **DIU au cuivre**, **contraception locale**, **stérilisation**
		PEC du lymphoedème	= Aucun traitement curatif : traitement uniquement symptomatique, peu efficace - Port d'une **manche de compression** - **Kinésithérapie du MS** avec **drainage lymphatique**, **élévation du bras** - **Prévention de lymphangite** : antisepsie précoce des plaies, éviter les prises de sang - RHD : ne pas dormir sur le bras, ne pas prendre la TA, ne pas exposer au soleil ou à la chaleur, ménager le bras (ne pas porter de charges), éviter tabac/alcool, lutte contre le surpoids
	Surveillance		- Examen clinique tous les 6 mois pendant 5 ans, puis 1/an - **Mammographie bilatérale +/- écho mammaire** 1 fois/an **à vie**
	Patiente métastatique		- Traitement systémique : **chimiothérapie, thérapie ciblée** (**trastuzumab** si surexpression HER2, **bevacizumab** sinon) et/ou **hormonothérapie** - Suivi tous les 2 mois : **scanner** + **dosage du CA 15-3** - En cas de résistance au traitement mis en place : changement de stratégie thérapeutique
Prévention	Consultation d'onco-génétique = Dépistage individuel		- Rechercher une **mutation BRCA1, BRCA2 ou PALB2** en cas : . Femme < 36 ans, cancer du sein de type médullaire, cancer du sein triple négatif avant l'âge de 51 ans ou cancer du sein chez l'homme . Cancer du sein et de l'ovaire chez la même patiente . Cancer de l'ovaire survenant avant 71 ans . Cancer du sein bilatéral (synchrone ou non) . 3 cancers du sein chez des personnes apparentées du 1er et 2nd degré . Au moins 2 cancers du sein chez des personnes apparentées du 1er et 2e degrés, âgées de moins de 70 ans, dont une de moins de 50 ans. - Si Mutation retrouvée : . **Examen clinique mammaire et pelvien** tous les 6 mois à partir de 20 ans . **Mammographie + écho + IRM** 1/an à partir de 30 ans . **Mastectomie prophylactique** (avec reconstruction immédiate), **annexectomie bilatérale** > 45 ans
Dépistage	**Dépistage de masse** (programme national) : **mammographie 2 incidences** (face et oblique externe) tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans avec double lecture des clichés (si cliché normal) - **Echographie mammaire** systématique si : ACR ≥ 3, seins de densité élevée, anomalie clinique avec Rx normale		
	Mammo-graphie		= Radiographie du sein, écrasé entre 2 plaques, divisé en 4 quadrants (supéro-externe QSE, supéro-interne QSI, inféro-externe QIE et inféro-interne QII) ➝ l'essentiel de la glande mammaire se situe dans le QSE - **Incidence de face** (cranio-caudale) : aplati horizontalement ➝ côté externe ou interne en bas - **Incidence oblique-externe** (axillaire ou médio-latérale) : aplati obliquement ➝ côté supérieur ou inférieur - Autres : **incidence de profil** (systématique si mammographie diagnostique), clichés localisés/agrandis

<table>
<tr><td rowspan="3">Dépistage</td><td rowspan="3">Mammo-graphie</td><td rowspan="2">Résultat</td><td colspan="2">ACR : classification en 7 stades, selon la mammographie ± l'échographie (si ACR ≥ 3)
- ACR 0 : examen non concluant
- ACR 1 : mammographie normale (aucune anomalie)
- ACR 2 : mammographie subnormale (petite anomalie non retenue)
- ACR 3 : probablement bénigne → mammographie à 4 mois si nodule ou 6 mois si microcalcifications
- ACR 4 : image justifiant une preuve histologique → biopsie
- ACR 5 : image typique de cancer du sein → biopsie
- ACR 6 : cancer prouvé histologiquement</td></tr>
<tr><td>ACR5</td><td>- Nodule : opacité mal limitée, spiculée, à centre dense, microcalcifications associées
- Microcalcifications : vermiculaire (en bâtonnet), arborescente, irrégulière en forme/taille, nombreuses, groupées, topographie galactophorique</td></tr>
<tr><td colspan="2">Densité mammaire</td><td>- Type 1 : sein presque entièrement graisseux, graisse homogène = < 25% de la glande
- Type 2 : reliquats fibro-glandulaires, graisseux hétérogène = 25 à 50% de la glande
- Type 3 : seins denses hétérogènes = 50 à 75% de la glande
- Type 4 : seins denses homogènes = > 75% de la glande</td></tr>
</table>

LESION BÉNIGNE DU SEIN

Tumeur bénigne solide	**Adéno-fibrome**	= **Prolifération mixte** (épithéliale et conjonctive) : tumeur bénigne solide la plus fréquente - Taille moyenne = 2-3 cm, croissance lente, parfois multiples/bilatérales - Surtout chez la femme jeune (20 à 30 ans) - ↗ de volume pendant la grossesse et ↘ après la ménopause	
		C	- Patiente jeune (< 30ans) - **Nodule mammaire** indolore, bien limité, mobile, de consistance ferme, < 3cm
		PC	**- Mammographie** : opacité homogène bien limité **- Echo** (surtout si sein dense) : lacune hypoéchogène homogène, bien limité, sans cône d'ombre, refoulant le tissu mammaire, grand axe perpendiculaire à la peau
		CAT	- Confirmation diagnostique histologique par **cytoponction, micro-** ou **macro-biopsie** si doute (Age >30ans, contexte à risque, discordance clinique/imagerie/histologie) - **Exérèse chirurgicale** si doute diagnostique ou gêne esthétique
	Papillo-matose juvénile	= Femme jeune < 25 ans, **tuméfaction** mobile, proche de l'aréole ± **écoulement** - **Echographie** : petites cavités kystiques au sein du nodule - TTT : **exérèse chirurgical**	
	Hamartome	= Lésion limitée par une capsule reproduisant du tissu mammaire normal : survenue à tout âge - **Tumeur** bien limitée, parfois volumineuse, molle (surtout si constitué de tissu adipeux) - **Mammographie/échographie** : opacité bien limitée, de tonalité identique à la glande mammaire - **Exérèse chirurgicale** souvent nécessaire : diagnostic et thérapeutique	
	Cytostéato-nécrose	= Tuméfaction de survenue spontanée ou suite à un traumatisme du sein, chez la femme ménopausée - **Masse** limitée, arrondie, parfois indurée, adhérente à la peau avec rétraction cutanée → suspect - **Mammographie** : image claire, cerclée, « en bulle de savon » - **Exérèse** souvent nécessaire pour diagnostic histologique	
Tumeur bénigne kystique	**Kyste**	= Formation liquidienne à point de départ galactophorique : plus fréquente de 35 à 50 ans **- Tumeur** ronde, bien limitée, rénitente, apparaissant souvent en période prémenstruelle - **Mammographie** : opacité arrondie, bien limitée - **Echographie** : lacune anéchogène, bien limitée, avec renforcement postérieur - **Cytoponction** en cas de gêne esthétique : diagnostic et thérapeutique	
	Mastopathie fibro-kystique	= Mastopathie très fréquente : **éléments kystiques** associés à une **fibrose du tissu conjonctif** et une **hyperplasie (simple ou atypique) des cellules épithéliales des canaux galactophoriques** **-** Maladie bégnine du sein **la plus fréquente** chez les femmes de **35 à 50 ans (**peut persister après la ménopause en cas de THS) - Surtout en péri-ménopause (40-50 ans), sur un **terrain d'hyperoestrogénie** : aucun risque de dégénérescence mais développé sur le même terrain hormonal que le cancer (= marqueur de risque)	
		C	- **Mastodynies cycliques**, en période prémenstruelle - Masse unique ou multiple, arrondie, bien limitée, mobile de consistance variable (molle++), sensible voire douloureuse - **Placards indurés**, **sensibles** ± écoulement blanc ou vert épais - **Pas d'ADP suspecte**
		PC	- **Mammographie** : larges opacités floues (fibrose) associées à des opacités kystiques - **Echographie** : kyste au sein de la fibrose → recherche d'anomalies suspectes associées
		CAT	- Si doute diagnostique (placard suspect) : **micro-biopsies mammaires** - TTT : RHD + **progestatif** en 2ème partie de cycle (action anti-oestrogénique) → Disparition à la ménopause **- Pas d'indication chirurgicale** sauf si : récidive / Gene persistante/ Kystes atypiques